

Pareto

## Gastrointestinales System

Bearbeitet von  
Hans-Jürgen Brambs

1. Auflage 2007. Buch. 272 S.  
ISBN 978 3 13 137191 1  
Format (B x L): 12,5 x 19 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Gastroenterologie, Proktologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

**Kurzdefinition**

Persistierende Entzündung des Pankreas mit irreversiblen morphologischen Veränderungen, meist mit Schmerzen und Malabsorption vergesellschaftet.

▶ **Epidemiologie**

Prävalenz 27: 100 000 • Epidemiologische Daten unterliegen einer großen geographischen Schwankung, die nur zum Teil durch unterschiedlichen Alkoholkonsum erklärt ist.

▶ **Ätiologie/Pathophysiologie/Pathogenese**

Häufigste Ursache: Alkoholabusus (70–90%) • Aber nur 5–15% der starken Trinker entwickeln eine chronische Pankreatitis • Rauchen scheint die Entwicklung einer kalzifizierenden Pankreatitis zu fördern • Daneben finden sich eine tropische Pankreatitis, hereditäre Formen, metabolische Formen, obstruktive Ursachen und die idiopathische Form.

**Zeichen der Bildgebung**▶ **Methode der Wahl**

Sonographie • MRCP • Bei Komplikationen CT

▶ **Pathognomonische Befunde**

Atrophie des Pankreasparenchyms • Erweiterte Pankreasgänge, in fortgeschrittenen Phasen mit intraduktalen Verkalkungen.

Komplikationen: Pankreaspseudozysten • Gallengangobstruktion • Pseudoaneurysmen mit Blutungen • Milzvenenthrombose.

▶ **Sonographie-Befund**

In frühen Phasen inhomogenes Parenchym, das zunehmend atrophisch wird • Erweiterter Pankreasgang, häufig mit Konkrementen.

▶ **CT-Befund**

Für Frühformen ungeeignet • Anfänglich und bei akuter Entzündung umschrieben oder diffus vergrößertes Pankreas • Später atrophisches Parenchym und erweiterte Gänge • Pseudozysten.

▶ **MRCP**

Für mittelschwere und schwere Formen kann die Cambridge-Klassifikation (für die ERCP entwickelt) übernommen werden • Nach KM-Gabe heterogene Anreicherung im Parenchym • Nach i. v. Sekretgabe und oraler Verabreichung von SPIO semiquantitative Beurteilung der exokrinen Pankreasfunktion möglich.

▶ **MRT-Befund**

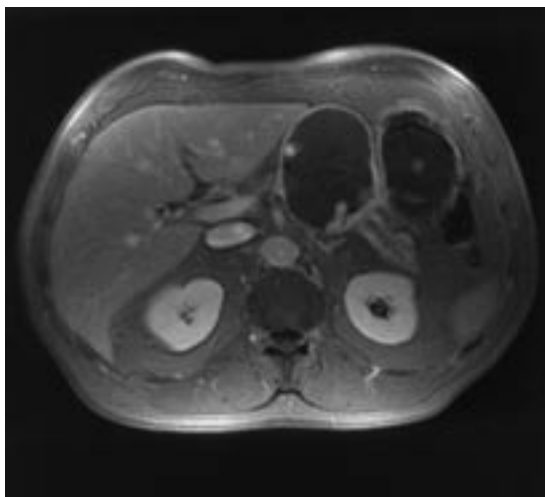
In T1w Aufnahmen abnehmende Signalintensität des Parenchyms und verminderte KM-Aufnahme durch Fibrose • Schlechtere Darstellung der Kalzifikationen • In T2w erscheinen akut entzündete und nekrotische Areale sowie Pseudozysten hyperintens • Gute Darstellung der erweiterten Gänge in T2w und in der MRCP • Gute Abgrenzbarkeit von Pseudozysten.

▶ **ERCP**

Spielt für die primäre Diagnostik keine Rolle mehr, obwohl die Gangveränderungen am präzisesten darzustellen sind • Nur noch Bedeutung für Interventionen am Pankreas.



**Abb. 62** Chronische Pankreatitis. Sonographie. Erweiterter Pankreasgang mit einem Konkrement, das einen Schallschatten wirft. Das echoreiche Pankreasparenchym ist durch Atrophie verschmälert.



**Abb. 63** Chronische Pankreatitis. MRT, T1w nach KM-Gabe. Große Pankreaspseudozyste, die in ein arterielles Gefäß ragt (Gefahr einer Arrosionsblutung).

#### ► Endosonographie

Genaueste Darstellung der parenchymatösen und dukталen Veränderungen des Pankreas • Allerdings Gefahr der Überschätzung der Schädigung.

#### ► Abdomenübersicht

Verkalkungen in Projektion auf das Pankreas • Spielt diagnostisch keine Rolle mehr.

**Klinik**▶ **Typische Präsentation**

Schmerzen (häufigste Indikation für eine Operation) • Gewichtsverlust • Fettstühle und weitere Zeichen der Malabsorption • Diabetes mellitus.

▶ **Therapeutische Optionen**

Bei Schmerzen und Komplikationen Operation • Endoskopische Entfernung von Pankreasgangsteinen und Stent bei Stenosen des distalen Gallengangs und bei hochgradigen Pankreasgangstrikturen.

▶ **Verlauf und Prognose**

Bei langjährigem Verlauf Entwicklung einer exokrinen und endokrinen Insuffizienz • Die Mortalität wird im Wesentlichen durch einen anhaltenden Alkoholabusus beeinflusst • Erhöhte Inzidenz von Pankreaskarzinomen.

▶ **Was will der Kliniker von mir wissen?**

Komplikationen (Pseudozysten, Pseudoaneurysma, Gallengangobstruktion) • Abgrenzung zum Pankreaskarzinom.

**Differenzialdiagnose***Pankreaskarzinom*

- Parenchymatrophie und Gangerweiterung distal des Tumors
- Zeichen einer Infiltration

*Metastasen*

- bei akut entzündeten Arealen in chronischer Pankreatitis kann DD schwierig sein

*IPMN*

- keine Alkoholanamnese
- meist keine Verkalkungen
- intraduktale KM aufnehmende Polypen

*akute Pankreatitis*

- ausgedehnte peripankreatische Flüssigkeitsansammlungen
- keine Pankreasatrophie

**Typische Fehler**

Fehldeutung als Pankreaskarzinom.

**Ausgewählte Literatur**

- Cappeliez O et al. Chronic pancreatitis: evaluation of pancreatic exocrine function with MR pancreatography after secretin stimulation. *Radiology* 2000; 215: 358–362
- Luetmer PH et al. Chronic pancreatitis reassessment with current CT. *Radiology* 1989; 171: 353–357
- Semelka RC et al. Chronic pancreatitis: MR imaging features before and after administration of gadopentetate dimeglumine. *J Magn Reson Imaging* 1993; 3: 79–82